



Г. Д. Фадєєнко, Т. А. Соломенцева
ГУ «Національний інститут терапії
імені Л. Т. Малої НАМН України», Харків

Выбор тактики лечения пациентов с риском кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Острые желудочно-кишечные кровотечения (ОЖКК) — опасное осложнение язвенной болезни и НПВП-гастропатии. Клиническая картина зависит от интенсивности кровотечения и сопутствующей патологии. Основными причинами ОЖКК являются пептические язвы, синдром Мэллори — Вейса, эрозивный гастрит, рефлюкс-эзофагит. Для диагностики и оптимального лечения необходима стратификация риска. Эндоскопия позволяет не только установить локализацию участка кровотечения, но и производить различные лечебные воздействия, например, инъекционную терапию, термокоагуляцию. Терапия ингибитором протонной помпы (ИПП) способствует подавлению кислоты. ИПП очень эффективны при ОЖКК. У больных с язвенной болезнью, хроническим гастритом необходимо выполнить тестирование на наличие *H. pylori*. В случае обнаружения инфекции проводят эрадикационную терапию. У больных с риском ОЖКК терапию нестероидными противовоспалительными препаратами желательнее прервать, если это возможно. Если это не представляется возможным, то предпочтительнее использование ингибиторов циклооксигеназы-2 в сочетании с ИПП. Такая терапия сопряжена с наименьшим риском кровотечения, однако частота сердечно-сосудистых событий при этом увеличивается, поэтому при выборе терапии необходимо использовать индивидуальный подход.

Ключевые слова: язва, желудочно-кишечное кровотечение, *Helicobacter pylori*, НПВП-гастропатия, ингибиторы протонной помпы, «Омес».

Несмотря на успехи в лечении ulcerогенных повреждений слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), смертность от острых желудочно-кишечных кровотечений (ОЖКК) не имеет тенденции к снижению [26]. Показатели смертности, по данным статистики, отличаются в разных странах и даже внутри стран и в среднем составляют от 1,1% в Японии до 11,0% в Дании [11]. Отличия в статистических показателях связаны с отсутствием единых стандартов для регистрации случаев ОЖКК, а также с неудовлетворительной диагностикой скрытых желудочно-кишечных кровотечений.

Показатели ежегодной заболеваемости ОЖКК также отличаются в разных регионах и составляют от 48 до 160 случаев на 100 тыс. населения с большим количеством случаев среди мужчин и пожилых людей [20]. Снижение заболеваемости ОЖКК наблюдается в странах, где уменьшилась

распространенность инфекции *Helicobacter pylori*, благодаря применению эрадикационной терапии у больных с язвенной болезнью, более широко используют ингибиторы протонной помпы (ИПП), контролируют назначение терапии нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) [15]. С другой стороны, в странах с развитой экономикой наблюдается тенденция к увеличению продолжительности жизни, а следовательно, увеличивается количество пожилых пациентов с коморбидной патологией, которые составляют большую часть больных с ОЖКК. Уровень смертности больных язвенной болезнью в возрасте до 60 лет без сопутствующих заболеваний практически равен нулю [1].

Снижение смертности от ОЖКК является приоритетной задачей здравоохранения и зависит от четкого соблюдения международных рекомендаций [4], а также от разработки новых методов диагностики и лечения данной патологии [7].

Основные причины ОЖКК в общей популяции — воспаление, повреждение слизистой обо-

лочки ЖКТ, обусловленное инфекцией *H. pylori*, приемом НПВП [17]. По сравнению с населением в целом у пациентов с хроническими заболеваниями, такими как ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, хроническая болезнь почек, хроническая обструктивная болезнь легких, злокачественные новообразования другие причины и механизмы развития гастродуоденальных повреждений и ОЖКК. Популяционные исследования показали, что пациенты с коморбидной патологией имеют более высокий риск развития язвенных кровотечений и более высокие показатели заболеваемости и смертности от ОЖКК по сравнению с общей популяцией [16]. Значительное увеличение риска развития язвенной болезни и ОЖКК наблюдается у больных более старшего возраста, афро-американцев, пациентов с избыточной массой тела, курильщиков, лиц, употребляющих алкоголь [6]. Возраст и наличие сопутствующих заболеваний — наиболее значимые прогностические факторы развития ОЖКК и важнейшие компоненты оценки риска. Клиническими прогностическими факторами повышенного риска повторного кровотечения и летальности являются также возраст старше 65 лет; сопутствующие заболевания; низкий исходный уровень гемоглобина; мелена; необходимость переливания крови; свежая алая кровь при ректальном исследовании, в рвотных массах или назогастральном аспирате; сепсис; повышенное содержание мочевины, креатинина или трансаминаз в сыворотке крови [4]

Клинические проявления ОЖКК описаны в литературе. Типичными симптомами ОЖКК является рвота «кофейной гущей», появление черного дегтеобразного стула (мелена). Мелена наблюдается при потери крови более чем 100 мл/сут. Появление ярко-красной крови в прямой кишке может быть вызвано тяжелым массивным кровотечением из дистальных отделов ЖКТ. Неспецифические признаки, такие как усталость, заторможенность, одышка при физической нагрузке, могут быть вызваны скрытым кровотечением. Характерными результатами лабораторных исследований являются анемия, низкий средний объем эритроцитов (МСV), снижение уровня ферритина и увеличение содержания ретикулоцитов. Нарушение гемодинамики (гипотония, тахикардия) наблюдается у пациентов с ОЖКК, если кровопотеря составляет 10–20 % общего внутрисосудистого объема крови. Несколько клинических признаков позволяют определить локализацию кровотечения: мелена указывает на ОЖКК из нижних отделов ЖКТ или массивное кровоте-

чение в верхних отделах, обычно дистальнее привратника. Особое внимание должно быть уделено сбору анамнеза. Прием НПВП или ацетилсалициловой кислоты может вызвать развитие тяжелого эрозивного гастрита, язвы, ОЖКК.

Для определения тактики лечения больных с подозрением на ОЖКК рекомендовано стратифицировать по степени риска. Согласно Международным клиническим рекомендациям по ведению пациентов с неварикозными кровотечениями из верхних отделов ЖКТ принято разделять больных на группы с высоким и низким риском [4]. Для определения степени риска повторных кровотечений и летальности рекомендовано использовать прогностические шкалы, разработанные на основе клинических, лабораторных и эндоскопических критериев. Это позволяет проводить соответствующие лечебные мероприятия и снизить риск ОЖКК и смертность. Наиболее часто используют шкалы Blatchford [5] и Rockall [21]. Шкала Blatchford предназначена для расчета риска ОЖКК до проведения эндоскопии и основана на использовании только клинических и лабораторных показателей. В полной шкале Rockall дополнительно использованы эндоскопические переменные для прогнозирования повторного кровотечения или летальности. Шкала Blatchford предусматривает определение содержания гемоглобина, мочевины крови, частоты пульса, систолического артериального давления, наличие обморока, мелены и признаков патологии печени или сердечной недостаточности и позволяет точно идентифицировать пациентов с низким риском [2]. Используя шкалу Blatchford, можно определить пациентов, подлежащих амбулаторному лечению и не нуждающихся в раннем проведении эндоскопии [25].

Оценив состояние пациента, необходимо немедленно приступить к лечению. Пациент с нестабильной гемодинамикой должен быть госпитализирован в отделение интенсивной терапии до проведения эндоскопической диагностики.

Всегда ли необходимо переливание крови? В отличие от немедленного и достаточного объема реанимационных мероприятий сроки и количество переливаний крови у больных с ОЖКК являются предметом интенсивного обсуждения. При решении вопроса о переливании крови пороговое содержание гемоглобина для каждого пациента необходимо оценить индивидуально с учетом основного заболевания, гемодинамического статуса и маркеров гипоксии тканей. Согласно заключению Американского общества анестезиологов [18] при решении вопроса о переливании крови следует исходить из риска ос-

ложнений, обусловленных недостаточной оксигенацией, а не из фиксированного содержания гемоглобина. Следует сопоставить риск неблагоприятных исходов, обусловленных анемией, с риском потенциальных побочных эффектов переливания крови. Большинство национальных и международных рекомендаций при развитии ОЖКК рекомендуют целевой уровень гемоглобина для переливания крови у больных без признаков тканевой гипоксии и/или ишемической болезни сердца от 70 до 90 г/л.

Пациентам, которых лечат антикоагулянтами, необходима коррекция коагулопатии, однако это не причина для отсрочивания проведения эндоскопического исследования. Антикоагулянтная терапия для лечения многих хронических заболеваний вносит существенный вклад в увеличение риска развития ОЖКК. Коррекцию коагулопатии следует проводить у пациентов с риском ОЖКК с учетом величины международного нормализованного отношения (МНО). В частности, у лиц с риском ОЖКК значение МНО менее 1,8 приводило к снижению смертности по сравнению с контрольной группой [8].

В нескольких исследованиях изучали оптимальные сроки проведения эндоскопии у больных с подозрением на ОЖКК. Эндоскопия в течение первых 24 ч (начало эндоскопии) улучшает исходы у пациентов с высокой степенью риска и способствует ранней выписке больных с низким уровнем риска [10]. Раннее эндоскопическое исследование считается безопасным и эффективным у большинства пациентов и ассоциируется с сокращением продолжительности пребывания в стационаре у пациентов всех групп риска [9]. В исследовании [24] выявлены независимые предикторы необходимости проведения эндоскопии в течение 12 ч от начала заболевания: свежая кровь в желудочном аспирате, нестабильность гемодинамики, снижение уровня гемоглобина ниже 80 г/л и увеличение содержания лейкоцитов более 12 г/л.

Большинству пациентов с острыми кровотечениями из верхних отделов ЖКТ рекомендовано раннее проведение эндоскопии (в течение 24 ч). Больным с низким риском (с чистым дном язвы или не выступающим окрашенным пятном в ложе язвы) проведение эндоскопического гемостаза не показано. При обнаружении кровяного сгустка на дне язвы следует попытаться удалить его с помощью прицельного орошения с соответствующей обработкой повреждения. Мнения по поводу роли эндоскопической терапии в случае язвы с фиксированным кровяным сгустком противоречивы. Эндоскопическая терапия может

применяться, хотя может оказаться достаточной и интенсивная монотерапия ИПП. Наличие признаков высокого риска (активное кровотечение или видимый сосуд на дне язвы) является показанием для эндоскопического гемостаза. Инъекция эпинефрина в качестве монотерапии недостаточно эффективна и должна применяться в комбинации с другими методами, в частности с приемом ИПП. Ни один из методов эндоскопической термокоагуляции не имеет преимуществ над другими. В лечении пациентов с поражениями высокого риска следует применять клипирование, термокоагуляцию или инъекции склерозантов в форме монотерапии или совместно с инъекцией эпинефрина. В плановом порядке проведение повторного эндоскопического исследования не рекомендовано. При повторном кровотечении в большинстве случаев рекомендована вторая попытка эндоскопического гемостаза.

Основной стратегией медикаментозного лечения ОЖКК является подавление желудочной секреции с целью повышения внутрижелудочного рН и стабилизация кровяного сгустка, который предохраняет сосуд от повторного кровотечения. Лечение пациентов с ОЖКК антагонистами H_2 -гистаминовых рецепторов малоэффективно, поэтому применение препаратов данной группы не рекомендуется. Также не целесообразно применение соматостатина и октреотида в плановом порядке для лечения ОЖКК.

Наиболее мощными ингибиторами секреции в настоящее время являются ИПП. Препараты этой группы хорошо переносятся и при краткосрочном использовании побочные эффекты редко возникают [29].

Использование ИПП в лечении больных с ОЖКК изучено во многих исследованиях. Анализ Cochrane 2006 [14], а также обновление этого метаанализа в 2009 г. [12] включало 24 и 31 рандомизированных контролируемых исследования применения ИПП у больных с ОЖКК. Терапию с использованием ИПП (отдельно или в сочетании с эндоскопическим лечением) сравнивали с плацебо или антагонистами рецепторов гистамина. Анализ показал, что применение ИПП снижало частоту повторных кровотечений и необходимость хирургического вмешательства, но не снижало смертность у пациентов с ОЖКК [13]. Анализ в подгруппах показал более низкую смертность у больных с активным кровотечением и эндоскопическим гемостазом, которые принимали ИПП в дозе 80 мг болюсно с последующим непрерывным вливанием 8 мг/ч. В отличие от данной схемы лечения более низкие дозы ИПП также снижали частоту

повторных кровотечений, но не имели никакого влияния на смертность. Эти результаты были подтверждены другим метаанализом в 2009 г. [23], в котором отмечены более низкая частота повторного кровотечения, редкая необходимость хирургического вмешательства и низкая смертность у пациентов с ОЖКК при лечении высокими дозами ИПП для внутривенного введения. В другом метаанализе сравнивали непрерывную внутривенную терапию ИПП с болюсным введением. Не выявлено отличий в их эффективности [19]. Получены убедительные доказательства того, что высокие дозы ИПП в сочетании с эндоскопической терапией весьма эффективны при лечении ОЖКК. Предметом интенсивного обсуждения является сравнение эффективности внутривенной и пероральной терапии ИПП. Авторы метаанализа пришли к выводу, что пероральное и внутривенное введение ИПП сопоставимы по эффективности [27]. Однако при наличии признаков высокого риска ОЖКК после успешного эндоскопического гемостаза рекомендуется назначить внутривенный болюс с последующей непрерывной инфузией ИПП с целью снижения риска повторного кровотечения и летальности. При выписке пациентам следует рекомендовать лечение ежедневными разовыми дозами орального ИПП, продолжительность такого лечения зависит от этиологии заболевания. Фармакоэкономический анализ показал явное преимущество высоких доз внутривенного введения ИПП в течение трех дней после успешного эндоскопического гемостаза [3] по сравнению с плацебо. Длительность терапии ИПП при лечении ОЖКК четко не определена и подбирается индивидуально для пациента в зависимости от соматического статуса и сопутствующей патологии.

Пациенты с ОЖКК, которое развилось на фоне язвенной болезни или хронического гастрита, должны быть проверены на инфекцию *H. pylori* и пройти эрадикационную терапию при ее обнаружении. Хорошо известно, что тестирование *H. pylori* может дать ложно-отрицательные результаты в случае острого эпизода кровотечения [28]. Причина этого окончательно не установлена, поэтому при негативном результате рекомендовано повторить тестирование на *H. pylori* через определенный период времени.

H. pylori-негативным больных, которые нуждаются в длительной терапии НПВП, рекомендуется сопутствующая терапия ИПП.

Статья опубликована при поддержке представительства «Д-р Редди'с Лаботорис Лтд» в Украине. Участие авторов: концепция и дизайн исследования — Г. Ф.; сбор и обработка материала, написание текста — Т. С.; редактирование — Г. Ф., Т. С.

Применение НПВП и ацетилсалициловой кислоты связано с повышенным риском развития эрозивно-язвенных повреждений слизистой оболочки ЖКТ и ОЖКК [22]. В клинической практике у больных с риском развития ОЖКК терапия НПВП по возможности должна быть прекращена. Пациенты без повышенного риска развития сердечно-сосудистых осложнений, которые нуждаются в терапии НПВП, должны получать комбинированную терапию ингибиторами циклооксигеназы (ЦОГ)-2 и ИПП. Такая терапия сопряжена с наименьшим риском развития кровотечения, однако при этом увеличивается частота сердечно-сосудистых событий, поэтому при выборе терапии необходимо использовать индивидуальный подход. В случае необходимости длительной терапии следует учитывать возможные долгосрочные побочные эффекты ИПП.

Наша клиника имеет опыт лечения больных с коморбидной патологией и риском ОЖКК. В качестве ИПП используем препарат «Омез» компании Dr. Reddy's Laboratories Ltd. Преимуществом препарата является возможность проведения ступенчатой терапии, поскольку он выпускается в двух формах: лиофилизат для приготовления раствора для внутривенных инфузий 40 мг и пероральная форма для приема внутрь в двух дозировках — по 40 и 20 мг. У больных с коморбидной патологией и низким риском ОЖКК препарат применяли в дозе 80 мг внутривенно в течение 5–7 дней с переходом на пероральный прием в дозе 40 и 20 мг. Длительность терапии определяли индивидуально в зависимости от основного заболевания и сопутствующей патологии. Препарат показал высокую эффективность в профилактике развития кровотечений у больных с коморбидной патологией и риском развития ОЖКК.

Кровотечения из верхних отделов ЖКТ могут быть опасным для жизни осложнением, особенно у пожилых пациентов с сопутствующими заболеваниями. При сочетании эндоскопических методов лечения и терапии ИПП гемостаз может быть достигнут у большинства пациентов. У больных с язвенной болезнью необходимо тестирование на наличие бактерии *H. pylori*. При ее обнаружении всем больным рекомендуется проведение эрадикационной терапии с целью снижения риска повторного кровотечения. Необходимо соблюдать осторожность у пациентов, которые нуждаются в длительной терапии НПВП. У пациентов, подверженных риску развития ОЖКК, НПВП следует назначать в сочетании с ИПП.

Список літератури

1. Acute Upper Gastrointestinal Bleeding: Management. — London, 2012.
2. Adamopoulos A. B., Baibas N. M., Efstathiou S. P. et al. Differentiation between patients with acute upper gastrointestinal bleeding who need early urgent upper gastrointestinal endoscopy and those who do not. A prospective study // *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* — 2003. — Vol. 15. — P. 381—387.
3. Aseeri M., Schroeder T., Kramer J., Zackula R. Gastric acid suppression by proton pump inhibitors as a risk factor for *Clostridium difficile*-associated diarrhea in hospitalized patients // *Am. J. Gastroenterol.* — 2008. — Vol. 103. — P. 2308—2313.
4. Barkun A. N., Bardou M., Kuipers E. J. et al. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding // *Ann. Intern. Med.* — 2010. — Vol. 152. — P. 101—113.
5. Blatchford O., Murray W. R., Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage // *Lancet.* — 2000. — Vol. 356. — P. 1318—1321.
6. Garrow D., Delegge M. H. Risk factors for gastrointestinal ulcer disease in the US population // *Dig. Dis. Sci.* — 2010. — Vol. 55. — P. 66—72.
7. Giday S. A., Krishnamurthy D. M., Liang D. et al. A long-term randomized controlled trial of a novel nanopowder hemostatic agent for control of severe upper gastrointestinal bleeding in a porcine model // *Gastrointest. Endosc.* — 2010. — Vol. 73 (suppl.). — P. A938.
8. Guyatt G. H., Cook D. J., Jaeschke R. et al. Grades of recommendation for antithrombotic agents: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th ed.) // *Chest.* — 2008. — Vol. 133. — P. 123S—131S.
9. Hearnshaw S. A., Logan R. F., Lowe D. et al. Acute upper gastrointestinal bleeding in the UK: patient characteristics, diagnoses and outcomes in the 2007 UK audit // *Gut.* — 2011. — Vol. 60. — P. 1327—1335.
10. Jairath V., Kahan B. C., Logan R. F. et al. Outcomes following acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in relation to time to endoscopy: results from a nationwide study // *Endoscopy.* — 2012. — Vol. 44 (8). — P. 723—730.
11. Jairath V., Martel M., Logan R. et al. Why do mortality rates for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding differ around the world? A systematic review of cohort studies // *Can J Gastroenterol.* — 2012. — Vol. 26 (8). — P. 537—543.
12. Laine L., McQuaid K. R. Endoscopic therapy for bleeding ulcers: an evidence-based approach based on meta-analyses of randomized controlled trials // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* — 2009. — Vol. 7. — P. 33—47.
13. Leontiadis G. I., Howden C. W. The role of proton pump inhibitors in the management of upper gastrointestinal bleeding // *Clin. North Am.* — 2009. — Vol. 38. — P. 199—213.
14. Leontiadis G. I., Sharma V. K., Howden C. W. Proton pump inhibitor treatment for acute peptic ulcer bleeding // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2006. — Vol. (1). — CD002094.
15. Lu Y., Barkun A. N., Martel M. Adherence to guidelines: a national audit of the management of acute upper gastrointestinal bleeding. The REASON registry // *Can. J. Gastroenterol. Hepatol.* — 2014. — Vol. 28. — P. 495—501.
16. Luo J. C., Leu H. B., Huang K. W. et al. Incidence of bleeding from gastroduodenal ulcers in patients with end-stage renal disease receiving hemodialysis // *CMAJ.* — 2011. — Vol. 183. — P. E1345—1351.
17. Malfertheiner P., Chan F. K., McColl K. E. Peptic ulcer disease // *Lancet.* — 2009. — Vol. 374. — P. 1449—1461.
18. Marik P. E., Corwin H. L. Efficacy of red blood cell transfusion in the critically ill: a systematic review of the literature // *Crit. Care Med.* — 2008. — Vol. 36. — P. 2667—2674.
19. Neumann I., Letelier L. M., Rada G. et al. Comparison of different regimens of proton pump inhibitors for acute peptic ulcer bleeding // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2013. — Vol. 6. — CD007999.
20. Quan S., Frolkis A., Milne K. et al. Upper-gastrointestinal bleeding secondary to peptic ulcer disease: incidence and outcomes // *World J. Gastroenterol.* — 2014. — Vol. 20. — P. 17568—17577.
21. Rockall T. A., Logan R. F., Devlin H. B., Northfield T. C. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage // *Gut.* — 1996. — Vol. 38. — P. 316—321.
22. Rostom A., Dubé C., Lewin G. et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and cyclooxygenase-2 inhibitors for primary prevention of colorectal cancer: a systematic review prepared for the U.S. Preventive Services Task Force // *Ann. Intern. Med.* — 2007. — Vol. 146. — P. 376—389.
23. Sachar H., Vaidya K., Laine L. Intermittent vs continuous proton pump inhibitor therapy for high-risk bleeding ulcers: a systematic review and meta-analysis // *JAMA Intern. Med.* — 2014. — Vol. 174. — P. 1755—1762.
24. Spiegel B. M., Vakil N. B., Ofman J. J. Endoscopy for acute nonvariceal upper gastrointestinal tract hemorrhage: is sooner better A systematic review // *Arch. Intern. Med.* — 2001. — Vol. 161. — P. 1393—1404.
25. Stanley A. J., Ashley D., Dalton H. R. et al. Outpatient management of patients with low-risk upper-gastrointestinal haemorrhage: Multicentre validation and prospective evaluation // *Lancet.* — 2009. — Vol. 373. — P. 42—47.
26. Sung J. J., Kuipers E. J., El-Serag H. B. Systematic review: the global incidence and prevalence of peptic ulcer disease // *Aliment. Pharmacol. Ther.* — 2009. — Vol. 29. — P. 938—946.
27. Sung J. J., Suen B. Y., Wu J. C. et al. Effects of intravenous and oral esomeprazole in the prevention of recurrent bleeding from peptic ulcers after endoscopic therapy // *Am. J. Gastroenterol.* — 2014. — Vol. 109. — P. 1005—1010.
28. Udd M., Miettinen P., Palmu A., Julkunen R. Effect of short-term treatment with regular or high doses of omeprazole on the detection of *Helicobacter pylori* in bleeding peptic ulcer patients // *Scand. J. Gastroenterol.* — 2003. — Vol. 38. — P. 588—593.
29. Vaduganathan M., Bhatt D. L., Cryer B. L. et al. Proton-pump inhibitors reduce gastrointestinal events regardless of aspirin dose in patients requiring dual antiplatelet therapy // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 2016. — Vol. 67 (14). — P. 1661—1671.

Г. Д. Фадеєнко, Т. А. Соломенцева

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», Харків

Вибір тактики лікування пацієнтів з ризиком кровотеч з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту

Гострі шлунково-кишкові кровотечі (ГШКК) — небезпечне ускладнення виразкової хвороби і НПЗП-гастропатії. Клінічна картина залежить від інтенсивності кровотечі та супутньої патології. Основними причинами ГШКК є пептичні виразки, синдром Меллорі — Вейса, ерозивний гастрит, рефлюкс-езофагіт. Для діагностики та оптимального лікування необхідна стратифікація ризику. Ендоскопія дає змогу не лише встановити локалізацію ділянки кровотечі, а і проводити різні лікувальні дії, наприклад, ін'єкційну терапію, термокоагуляцію. Терапія інгібітором протонної помпи (ІПП) сприяє пригніченню кислоти.

ППІ дуже ефективні при ГШКК. У хворих з виразковою хворобою, хронічним гастритом необхідно виконати тестування на наявність *H. pylori*. У разі виявлення інфекції проводять ерадикаційну терапію. У хворих з ризиком ГШКК терапію нестероїдними протизапальними препаратами бажано перервати, якщо це можливо. Якщо це неможливо, то перевагу віддають використанню інгібіторів циклооксигенази-2 у поєднанні з ППІ. Така терапія асоціюється з найменшим ризиком кровотечі, однак частота серцево-судинних подій при цьому збільшується, тому при виборі терапії необхідно використовувати індивідуальний підхід.

Ключові слова: виразка, шлунково-кишкова кровотеча, *Helicobacter pylori*, НПЗП-гастропатія, інгібітори протонної помпи, омепразол, «Оmez».

G. D. Fadiienko, T. A. Solomentseva

SI «L. T. Mala National Therapy Institute of NAMS of Ukraine», Kharkiv

The choice of the treatment strategy of patients risk of the upper gastrointestinal bleedings

Acute gastrointestinal bleeding (AGIB) is a dangerous complication of the peptic ulcer disease and non steroidal anti-inflammatory drug-associated gastro pathology. The clinical picture depends on the intensity of bleeding and accompanying pathology. The main AGIB reasons are peptic ulcers, Mallory-Weiss lesions, erosive gastritis, reflux esophagitis. The diagnosis and optimal treatment requires the risk stratification. Endoscopy gives the possibility of not only reveal the localization of the bleeding site, but also to use a variety of therapeutic measures, such as injection therapy and thermoscoagulation. Therapy with proton pump inhibitors contributes to the acid suppression, being highly effective at AGIB. The patients with peptic ulcer and chronic gastritis should undergo *H. pylori* tests, and in case of the infection exposure, should be administered. Patients under AGIB risk have to discontinue NSAID therapy whenever possible. If not, then cyclooxygenase-2 inhibitors in combination of PPIs must be the therapy of choice. Such a technique is associated with the lowest bleeding risk, however the incidence of the cardiovascular events can be increased, this the choice of therapy must be performed on the individual basis.

Key words: ulcers, gastrointestinal bleeding, *Helicobacter pylori*, NSAID-associated gastropathy, proton pump inhibitors, omeprazole, *Omez*. □

Контактна інформація

Фадєєнко Галина Дмитрівна, д. мед. н., проф., директор Національного інституту терапії ім. Л. Т. Малої НАМН України
61039, м. Харків, просп. Любові Малої, 2а
Тел. (57) 373-90-34; 777-56-77. E-mail: info@therapy.gov.ua

Стаття надійшла до редакції 15 червня 2016 р.